

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N°157

L'ECTOPIE TESTICULAIRE

SON TRAITEMENT
PAR LE PROCÉDÉ D'OMBREDANNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1921

PAR

JOULIN (Alfred-Rémon-Hilaire)

Né à Tours (Indre-et-Loire), le 22 septembre 1891

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

{	ESTOR. Professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
	GRYNFELTT. Profes ^r .		
	ETIENNE. Agrégé.		
	LAPEYRE, Agrégé.		



MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921

L'ECTOPIE TESTICULAIRE

SON TRAITEMENT PAR LE PROCÉDÉ D'OMBREDANNE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 157

L'ECTOPIE TESTICULAIRE

SON TRAITEMENT
PAR LE PROCÉDÉ D'OMBREDANNE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1921

PAR

JOULIN (Alfred-Rémon-Hilaire)

Né à Tours (Indre-et-Loire), le 22 septembre 1891

Ex-Préparateur à l'Ecole de médecine de Tours

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président.*

GRYNFELTT, Profes^r.

ETIENNE, Agrégé,

LAPEYRE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPERATIVE OUVRIERE

14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie.....	MM. GILIS.
Histologie.....	VIALLETON.
Physiologie.....	GRYNFELTT.
Physique médicale.....	HEDON.
Chimie biologique et médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique.....	GRANEL.
Microbiologie.....	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales.....	LISBONNE.
Pathologie interne.....	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	VIRES.
Médecine légale et toxicologie.....	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale.....	N...
Clinique chirurgicale.....	DUCAMP.
Clinique obstétricale.....	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique.....	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	MAIRET.
Clinique gynécologique.....	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie.....	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine.....	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards.....	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	MARGAROT.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale.....	ETIENNE.
Accouchements.....	DELMAS (P.).
Pharmacologie.....	GALAVIELLE.
Matière médicale.....	CABANNES.
Stomatologie.....	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine.....	MM. LEENHARDT.	Chirurgie.....	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
Anatomie.....	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Chimie.....	DELMAS (J.).	Physique.....	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, professeur, *président*.

GRYNFELTT, professeur.

MM. ETIENNE, agrégé.

LAPEYRE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Hommage de gratitude filiale et
de profonde reconnaissance.*

A MON BEAU-FRÈRE

A MA SŒUR

A MON NEVEU

MEIS ET AMICIS

A. JOULIN.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TILLAYE

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE EXTERNE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE TOURS

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ASILE GATIEN DE CLOCHEVILLE
DE TOURS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR OMBRÉDANNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN EN CHEF DE L'ASILE DES ENFANTS MALADES

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A. JOULIN.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS

A MADAME LA SUPÉRIEURE
ET A TOUTES LES SŒURS
DE L'ASILE GATIEN DE CLOCHEVILLE
A TOURS

*En témoignage de notre profonde
admiration.*

A. JOULIN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A. JOULIN.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à ceux qui furent nos Maîtres nos plus sincères remerciements.

Nous tenons à exprimer toute notre gratitude et notre reconnaissance à M. le docteur Tillage pour la bonté, l'intérêt très vif qu'il nous a toujours montré et l'enseignement donné. Qu'il reçoive ici l'expression de notre profond dévouement.

Nous remercions également M. le docteur Ombrédanne, qui, après nous avoir entouré de ses soins clairvoyants, en 1918, à l'hôpital complémentaire à Tours, a bien voulu encore aider notre travail en mettant à notre disposition les renseignements dont nous avions besoin.

Nous ne saurons jamais oublier le grand honneur que nous a fait M. le professeur Estor en acceptant la présidence de notre thèse.

Enfin, nous adressons également tous nos remerciements à M. Masson, éditeur, qui a bien voulu nous autoriser à reproduire les dessins qui accompagnent le texte et extraits d'un ouvrage édité par lui.

L'ECTOPIE TESTICULAIRE

SON TRAITEMENT

PAR LE PROCÉDÉ D'OMBRÉDANNE

CHAPITRE PREMIER

DÉVELOPPEMENT ET MIGRATION DU TESTICULE

Les testicules sont normalement situés dans la partie la plus déclive et la plus large des bourses et donnent à ces dernières un aspect bilobé. En général, le testicule gauche, ainsi que l'avaient fait remarquer les peintres et les statuaires de l'antiquité, descend un peu plus bas que le droit.

Suspendus à l'extrémité inférieure du cordon spermatique, ils sont très mobiles, la main les déplace dans tous les sens avec la plus grande facilité.

Il peut se faire que l'un des testicules, ou même les deux, ne se trouvent pas dans le scrotum. D'après les statistiques rapportées par Monod et Terillon, on rencontrerait dans une proportion de 1.25 p. 1000 des jeunes

gens chez lesquels les testicules n'occupent pas leur situation habituelle. Le plus souvent cette malformation est unilatérale. On lui donne le nom d'ectopie testiculaire.

La situation du testicule ectopié correspond presque toujours à l'une de celles qu'il occupe normalement, mais transitoirement, chez le fœtus. Avant de signaler les diverses variétés d'ectopies testiculaires, nous rappellerons très brièvement le développement et la migration de la glande génitale.

D'après Testut et Jacob, la glande séminale se trouve placée chez l'embryon dans la région lombaire, à côté et en dedans du corps de Wolff, c'est-à-dire à côté du rein primitif. Ce dernier, constitué par une série d'organes tubulaires qui viennent déboucher dans un canal commun appelé canal de Wolff, disparaît en ne laissant comme trace de son existence que quelques débris annexés à la glande séminale, tandis que son conduit s'unit au testicule et devient le canal déférent. Il faut retenir cette origine différente de la glande et de son canal excréteur, elle nous explique comment l'on peut observer des cas dans lesquels l'épididyme et le canal déférent sont seuls dans le scrotum, alors que le testicule est en ectopie.

Du pôle inférieur du testicule ainsi formé part un tractus, le « gubernaculum », qui se dirige en bas vers la région inguinale. A son point d'insertion le péritoine se déprime peu à peu en forme de doigt de gant jusque dans le scrotum — c'est le « processus vaginal », — attirant à sa suite le gubernaculum, et par conséquent le testicule. Le processus vaginal, encore appelé « canal péritonéo-vaginal », prend naissance avant la descente du testicule :

ainsi s'explique l'existence de hernies, alors même que le testicule est resté en ectopie.

Attirée par le gubernaculum, la glande séminale abandonne vers le troisième mois la région où elle a pris naissance, pénètre ensuite dans la fosse iliaque et arrive à l'anneau inguinal profond vers le sixième mois. A partir de ce moment elle entre dans le canal inguinal et le traverse lentement, de façon à n'arriver dans le scrotum que vers la fin de la vie fœtale (fin du huitième mois).

Le testicule parcourt donc dans sa migration diverses étapes : il est successivement lombaire, pelvien, inguinal, et enfin scrotal. Que pour une raison ou une autre le testicule soit arrêté dans ce mouvement de descente, il se fixera au niveau de son point d'arrêt et de ce fait l'ectopie sera constituée.

CHAPITRE II

QUAND DOIT-ON OPÉRER L'ECTOPIQUE ?

Chez un enfant présentant une ectopie testiculaire simple ou double, l'orchidopexie précoce est indiquée. Le docteur Ombrédanne pose en principe que : « Tout enfant, déjà propre, c'est-à-dire âgé de dix-huit mois au moins, n'urinant plus la nuit, ne se souillant plus d'urine pendant la journée, peut être opéré d'une orchidopexie unilatérale ou bilatérale, si l'un de ses testicules ou les deux ne peuvent être facilement amenés au fond du scrotum par l'action extemporanée de la main du chirurgien qui l'examine. Pratiquement il est plus commode d'attendre 6 ans. »

Pour justifier ce principe, exposons brièvement l'examen histologique du *testicule ectopique* chez l'enfant et chez l'adulte.

Le testicule ectopique d'un jeune enfant ne présente au point de vue épithélial aucune modification, mais il existe d'abondantes lésions interstitielles dans tout le corps d'Higmore. A la périphérie du lobule, et entre les

tubes séminipares, le tissu conjonctif aux divers stades du développement est abondant.

Chez le pubère les lésions sont parenchymateuses ; les cellules épithéliales deviennent granuleuses et subissent la dégénérescence graisseuse. L'épithélium finit par disparaître, l'évolution conjonctive s'accroît et les tubes séminipares subissent une véritable transformation fibreuse.

On peut donc déduire de ces faits que le jeune testicule ectopique n'est pas sérieusement endommagé, mais qu'il s'atrophie et dégénère au fur et à mesure que l'enfant grandit.

Comment éviter cette atrophie et cette dégénérescence ? Les expériences faites sur des animaux ont pu nous renseigner sur ce point. En effet, du seul fait de placer un testicule en position anormale, chez un chien par exemple, ce testicule subit une dégénérescence épithéliale et une atrophie analogues à celle que l'on observe dans le testicule congénitalement ectopié.

Dès lors on serait en droit de conclure que, puisque l'anomalie des positions entraîne dégénérescence et atrophie, la reposition du testicule en temps opportun s'opposera à cette même atrophie et à cette dégénérescence.

En outre, le testicule ectopique s'accompagne de hernie congénitale. Or, cette hernie n'est pas susceptible de guérison spontanée. Le port d'un bandage efficace est chose illusoire et dangereuse. De plus, même si la hernie n'est pas perceptible, elle existe en puissance puisque le canal péritonéo-vaginal est resté perméable. Cette hernie est donc justiciable elle-même d'une kélotomie précoce, pratiquée aussitôt que possible. Nous avons donc deux raisons pour intervenir : 1° testicule ectopié

avec menace d'une mauvaise fonction spermato-génétique, et 2° hernie inguinale congénitale.

C'est pourquoi nous nous rangeons à l'avis de M. le professeur Ombrédanne réclamant l'acte opératoire précoce.

L'intervention est donc indiquée. A quel âge doit-on la pratiquer? Aucune fonction vitale essentielle de la spermatogénèse ne débute chez les enfants en bas âge. Cependant, de ce que la dégénérescence épithéliale résulte du vice de position, il est évident que moins le testicule restera ectopié, plus grandes seront les chances d'éviter cette dégénérescence. Admet-on avec nous l'indication formelle de l'orchidopexie, il en résultera immédiatement que cette opération sera légitime dès que l'enfant sera propre.

Certains auteurs ont allégué que la migration testiculaire pouvait se parfaire à l'époque de la puberté, et, se basant sur quelques observations, ils ont demandé d'attendre avant d'opérer.

Certes, si l'expectation n'avait pas d'inconvénients en elle-même, on pourrait attendre. Mais c'est faire courir de gros risques à l'enfant, et d'autre part la migration n'est pas certaine. Dans ces conditions, nous concluons à l'indication formelle de l'orchidopexie précoce, en pratique 6 ans.

CHAPITRE III

DE DIVERS PROCÉDÉS D'ORCHIDOPEXIE

L'intervention sanglante est aujourd'hui le seul traitement admis pour la cure de l'ectopie testiculaire.

Nombre de procédés ont été décrits, et ce sont ces procédés que nous allons examiner rapidement, avant d'expliquer en détail l'orchidopexie d'Ombredanne qui nous semble être, à l'heure actuelle, le meilleur procédé.

Procédé de Kirmisson. — Kirmisson, après l'abaissement du testicule, forme autour du cordon une gaine, ou mieux une sorte d'attelle au moyen de parties fibreuses suturées au catgut. Pour renforcer cet attelle, il pratique dans quelques cas une résection partielle du scrotum dont la cicatrice forme comme une sorte de sangle.

Procédé de Sébileau. — Ce procédé est basé sur la fixation du testicule par orchidorrhaphie au fond des bourses et à la cloison par des fils perdus. Trois ou quatre fils de soie ou de catgut sont passés au travers de l'albuginée sur le pôle inférieur du testicule, perçant ensuite le fond de la vaginale et servant à fixer, d'une part l'or-

gane à la cloison des bourses, et d'autre part à la face profonde du derme scrotal sur le côté opposé le plus bas et le plus loin possible.

Procédé de Tuffier. — Dans ce procédé M. Tuffier se sert pour immobiliser le testicule au fond du scrotum de la traction élastique à distance, maintenue par attache. Avec une fine aiguille de Reverdin on traverse le testicule en pleine substance ; on fait sortir cette aiguille par un point diamétralement opposé à celui d'entrée. On fixe ensuite le catgut au fil de caoutchouc, et ce dernier est lui-même fixé au genou de l'enfant.

Procédé de Beck. — Beck dissèque un lambeau aponevrotique détaché du bord externe de l'anneau inguinal et le retourne pour cravater, en quelque sorte, le cordon et empêcher le testicule de remonter. Ce procédé est donc basé sur la fixation scrotale du testicule sous un lambeau rabattu et suturé. Beck emploie dans son procédé un lambeau antérieur rabattu en dedans, mais ce lambeau peut être postérieur périnéo-scrotal (Hermès).

Procédé Nicoladoni. — Ce procédé, comme ceux d'ailleurs de Paul Delbet, Eccles, de Beule, utilise la fixation du testicule dans des régions voisines au moyen d'incisions simples ou des lambeaux mobiles et des procédés de sutures variables.

Nicoladoni fixe le testicule à la partie antérieure du périnée, en pratiquant derrière le scrotum une petite ouverture. Ceci fait, le testicule reste dans le scrotum, le cordon n'est pas tendu, la plaie périnéale guérit rapidement.

Paul Delbet fixe au pubis ; Annandale, Eccles à la cuisse, Toreck à l'aponévrose périnéale par le crémaster retourné.

Procédé Villemin. — C'est le passage du testicule à

travers la cloison des bourses et la suture de ce testicule au testicule du côté opposé : donc synorchidie. Dans ce procédé on fait seulement une fixation.

Procédé de Mauclair.— Analogue au précédent, mais dans ce cas il y a synorchidie fixatrice et trophique par véritable greffe intertesticulaire. Cette opération a pour but de fixer et de bien nourrir le testicule souvent atrophié.

Procédé de Walther.— Très large libération du cordon de telle sorte qu'on puisse abaisser librement le testicule. On dissèque le canal vagino-péritonéal, on crée une loge scrotale, puis on incise la paroi des bourses. Cette incision se fait sur le testicule du côté sain maintenu contre la cloison par la main gauche. Quand cette incision est terminée, toutes les lèvres des lames successives qui forment la cloison sont saisies avec des pinces. Le doigt pénètre librement dans la moitié opposée des bourses et le testicule ectopié peut facilement passer au travers de cette boutonnière. On le laisse libre dans la bourse occupée par le testicule normalement abaissé et l'on ferme la boutonnière faite dans la cloison.

Tels sont ces divers procédés dans leur technique essentielle. Il ne nous semble pas que ces méthodes soient toujours efficaces, et nous leur préférons le procédé du docteur Ombrédanne, que nous allons étudier maintenant.

CHAPITRE IV

L'ORCHIDOPEXIE TRANSSCROTALE D'OMBRÉDANNE

C'est le 8 octobre 1910 que le docteur Ombredanne décrit dans la *Presse Médicale* son procédé d'orchidopexie transscrotale. Relaté tout au long dans son livre de « Technique chirurgicale » (1912, Masson), ce procédé opératoire a subi dernièrement quelques modifications et ce sont ces modifications que nous avons voulu fixer par la suite.

Orchidopexie transscrotale unilatérale

« *Temps inguinal.* — L'opérateur se place à la droite du malade quel que soit le côté à opérer : point très important pour l'exécution correcte de l'opération, l'aide en face.

On incise comme pour une cure radicale de hernie. Cette incision débute (ou finit) à égale distance de la

racine de la verge et du pli de l'aîne, sur la transversale passant tangentielllement au-dessus de la racine de la verge.

Elle se dirige vers un point qui, sur la ligne unissant l'épine iliaque antéro-postérieure à l'ombilic, est au premier quart de cette ligne en partant de l'épine.

La longueur de l'incision varie suivant la taille de l'enfant.

Avec la peau on coupe du premier coup la tégumen-



Fig. 1

teuse abdominale qui est pincée de part et d'autre de l'incision.

Quand on a séparé le tissu cellulaire et divisé le pannicule graisseux d'un bout à l'autre de cette ligne opératoire, l'index coiffé d'une compresse dégage et nettoie l'aponévrose du grand oblique.

On incise cette aponévrose et cette incision coupe soigneusement les dernières fibres arciformes qui consti-

tuent la partie supérieure de l'anneau inguinal cutané et brident le cordon.

Les deux lèvres de l'aponévrose du grand oblique sont libérées par-dessous, puis prises dans les pinces écartantes qui tiennent déjà les lèvres cutanées correspondantes (fig. 1).

Le testicule apparaît alors dans le canal péritonéo-vaginal, comme une petite masse mobile. A ce moment on décolle le testicule et ses enveloppes du canal inguinal dans lequel il repose. Puis on glisse un doigt sous lui, on soulève le testicule. Il apparaît rattaché à l'intérieur des bourses par une masse fibro-adipeuse bien improprement appelée « gubernaculum testis » qui se laisse facilement distendre. On la lie en son milieu, on la sectionne.

Tout le conduit péritonéo-vaginal se trouve être soulevé avec les éléments du cordon. L'ensemble du cordon est libéré jusqu'à l'orifice inguinal profond. Il faut se rendre compte alors si le canal péritonéo-vaginal est resté perméable dans la partie haute, ce qui constitue une hernie congénitale.

On incise le canal péritonéo-vaginal et on l'ouvre. On oblitère sa portion supérieure en faufilant un catgut par la face interne du sac bien étalé et ayant soin de ne prendre que la couche péritonéale d'une part et de ne pas toucher au canal déférent d'autre part (fig. 2).

On fait donc en somme la cure radicale de la hernie inguinale congénitale, mais dans le cas d'ectopie il est avantageux de fendre transversalement la séreuse du sac et de la faire glisser en l'abaissant, on gagne toujours de cette façon de la longueur pour abaisser les testicules.

Enfin on passe une anse de catgut dans le fond de la vaginale testiculaire d'une part et d'autre part dans le canal péritonéo-vaginal du côté opposé au canal déférent et à la hauteur du pôle supérieur du testicule. Cette anse n'est pas liée, ses deux chefs sont pris dans une pince.

A ce moment, on fait avec soin l'hémostase de toute la région opératoire.

Temps scrotal. — A l'aide de deux pinces de Kocher



Fig. 2

on saisit le raphé médian du scrotum en deux points situés l'un immédiatement au-dessous de la verge, l'autre au point déclive.

On rejette vers l'angle supérieur de la plaie le canal péritonéo-vaginal contenant le testicule, et l'opérateur engage son index gauche dans l'angle inférieur et lentement, sans violence, se creuse un chemin vers le fond de la bourse du côté correspondant à l'opération (fig. 3).

Lorsque le doigt a atteint le fond du scrotum il change

de direction, et, s'appuyant sur la cloison médiane des bourses, refoule celle-ci vers la partie latérale du scrotum, du côté opposé à l'opération.

Si, par exemple, on fait une orchidopexie droite, l'index refoule la cloison vers la gauche et soulève le flanc gauche du scrotum, et cette manœuvre fait remonter le testicule gauche normal qui échappe ainsi à toute atteinte.

Alors, sur le flanc gauche du scrotum ainsi refoulé par l'index et bien tendu par les autres doigts, le bistouri

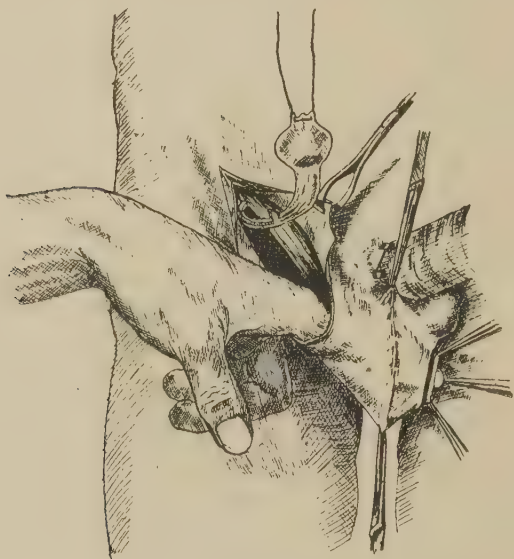


Fig. 3

incise verticalement sur une longueur de deux centimètres et demi à trois centimètres.

Sous la poussée de l'index on voit apparaître alors la cloison des bourses, toute blanche, lorsque le scrotum est bien divisé.

A ce moment, on repère en haut et en bas avec deux pinces de Kocher le dôme saillant que forme la cloison refoulée par le doigt (fig. 3.)

Puis à son tour on incise cette cloison d'une pince à l'autre. Lorsque la cloison est incisée, l'index de l'opérateur apparaît recouvert seulement d'un peu de tissu cellulaire, et cet index se dégage enfin ayant passé de la plaie inguinale droite à la plaie scrotale gauche ou inversement, ayant accompli la traversée transscrotale.

A ce moment on place sur l'extrémité de l'index le bout d'une pince de Kocher fermée, qui s'y appuie.

Le doigt se retire lentement et régulièrement, la pince



Fig. 4

de Kocher le suit, toujours appuyée sur son extrémité sans perdre le contact. Elle apparaît alors dans la partie inférieure de la plaie inguinale.

On ouvre les mors de la pince et on place entre eux les deux extrémités du catgut dont l'anse a été passée dans la vaginale testiculaire.

La pince se referme et entraîne, en rétrogradant, pour venir sortir par la plaie scrotale ce double fil. L'anse de

catgut, qui va permettre d'abaisser ainsi un testicule droit, par exemple, sortira par le côté gauche du scrotum.

On tire alors sur ce double catgut et on amène le testicule à franchir la boutonnière de la cloison. A ce moment l'aide tend les deux pinces qui repèrent cette boutonnière (fig. 4).

L'opérateur, refoulant le cordon qui la traverse de manière que celui-ci en occupe la partie toute supérieure, referme la portion inférieure en ayant soin de faire en A (voir fig. 4) un point à la soie. En effet, une résorption trop rapide du catgut peut détruire un bon résultat, le testicule ectopié pouvant échapper. Ce point à la soie en A est en quelque sorte un point d'arrêt qui limite exactement les dimensions de la glissière. Le reste de ladite boutonnière est fermé par un surjet de catgut, dont le rôle est hémostatique.

Il ne reste plus qu'à refermer le scrotum au-dessus de lui.

Il est nécessaire quelquefois de tirer un peu sur chacune des lèvres cutanées et de dissocier avec le doigt ou un instrument mousse le tissu cellulaire qui unit les téguments à la cloison, de manière à creuser un logement au testicule.

Puis on suture en surjet à la soie la plaie scrotale.

Restauration de la région inguinale. — A ce moment on se retourne vers la région inguinale qui avait été couverte d'une compresse. Elle apparaît traversée par le cordon spermatique qui semble rigide et tendu.

Cette paroi inguinale n'est plus reconstituée au-devant

du cordon que par un seul plan, un plan musculo-aponévrotique (fig. 5).

Pansement. — Un double spica protégeant et enfermant le scrotum.

Soins consécutifs. — Rien de spécial à signaler.

Orchidopexie bilatérale par voie transscrotale

Dans son livre de « Technique chirurgicale infantile » M. le docteur Ombredanne décrit un procédé d'orchido-



Fig. 5

pexie bilatérale par voie transscrotale, analogue au procédé précédent et pouvant être fait en un seul temps.

Or il résulte des très nombreuses expériences faites par M. le docteur Ombredanne qu'il est préférable, sauf pour les cas très faciles, de renoncer à opérer en un seul temps une cryptorchidie bilatérale.

« Pour ma part, m'écrivait-il dernièrement, j'ai complètement renoncé à opérer en un seul temps une cryptorchidie bilatérale un peu haute.

Pourquoi ?

Probablement parce que je ne vois que peu de cas simples. Tous les cas qui me sont adressés en ville et à l'hôpital sont des cas particulièrement difficiles à abaisser.

Il en résulte, lorsqu'on exécute dans ces cas difficiles l'opération double, une traction qui comprime l'urètre par-dessous et peut gêner la miction (Obs. V, due à l'obligeance de M. le docteur Tillaye).

Aussi pour éviter cet inconvénient j'opère un côté après l'autre à trois mois de distance. Je m'adresse à chacun des testicules en particulier et le soumet au traitement de l'orchidopexie unilatérale par voie transscrotale.

Grâce à cela, — ajoute M. le docteur Ombredanne, — je ne connais pas de testicule inabaissable : si le testicule ne descend pas d'emblée au scrotum, c'est la cloison qui monte jusqu'à lui et qui, par l'action continue de son élasticité, l'abaisse dans les jours ou semaines qui suivent.

De plus, cette manière de faire m'a démontré à l'évidence l'action de l'orchidopexie sur le développement de la glande. Je commence par abaisser la glande la moins bonne. Trois mois après elle a quadruplé de volume et largement dépassé les dimensions de celle qui est resté en position ectopique. »

Dès lors l'orchidopexie bilatérale se trouve être réduite à une double orchidopexie unilatérale, chaque testicule ectopique étant considéré comme seul malade et opéré comme si l'autre était normal. De plus, dans les cas d'orchidopexie compliquée du fait de la présence élevée des testicules ectopiés, on a recours alors à une opération très simple fournissant d'excellents résultats.

CHAPITRE V

DE L'AVANTAGE DU PROCÉDÉ D'OMBRÉDANNE

Voici bientôt 10 ans que M. le docteur Ombrédanne n'opère plus les cryptorchidies autrement que par son procédé transscrotal. Il a obtenu d'excellents résultats.

Si la description paraît compliquée, la technique opératoire est extrêmement simple. C'est une des plus faciles. Le soutien donné au testicule est la cloison des bourses, or c'est là un soutien fort solide. La glande ne peut remonter, car, pour que cela fût possible, il faudrait la rupture de cette cloison, ce qui n'a pas lieu.

L'orchidopexie transscrotale d'Ombrédanne utilise le même point d'appui que le procédé de Walther, mais de manière différente; il y a entre la transscrotale d'Ombrédanne et le procédé de Walther autant de différence qu'entre un Doléris et un Alquié-Alexander, dans leur manière d'utiliser le ligament rond pour fixer l'utérus.

A Walther appartient le principe de l'utilisation de la cloison comme moyen de fixité du testicule abaissé,

mais le temps difficile du procédé de Walther réside dans la recherche de la cloison. On cherche cette dernière par le côté inguinal, donc à l'aveuglette, et on ne la saisit que très difficilement, souvent incomplètement.

D'autre part, avec le procédé de Walther on n'est jamais sûr de saisir toute l'épaisseur de la cloison entre les mors de la pince, de telle sorte qu'on ne sait jamais si le soutien du testicule est très solide.

Enfin, et bien que M. Ombrédanne ait abandonné toute orchidopexie bilatérale en un seul temps, il peut encore se présenter des cas où ce seul temps puisse être employé, et ici apparaît un gros défaut du procédé de Walther, la non-possibilité d'opérer les deux côtés simultanément.

Et, dès lors, on aperçoit les avantages du procédé d'Ombrédanne : découverte rapide et sûre de la cloison, car repoussée par l'index elle vient d'elle-même faire saillie au niveau de l'incision scrotale ; d'autre part, le testicule est sûrement soutenu par toute la cloison puisqu'il la franchit et se trouve retenu par un point à la soie de l'autre côté : enfin, dans les cas d'orchidopexie double, on peut avec le procédé d'Ombrédanne faire une seule opération. Le premier testicule bien retenu à travers l'incision scrotale par le fil passé ne peut repasser du côté opposé et on a toute la facilité nécessaire pour faire franchir la cloison au second.

Si cette opération est excellente chez les enfants, l'orchidopexie transscrotale peut se pratiquer aussi bien chez les adultes. Cependant chez ces derniers quelques réserves sont à faire.

Il faut se méfier d'abord de la brièveté du cordon, inconvenient qu'on rencontre rarement chez les enfants. Lorsqu'on voudra employer ce procédé chez les adultes,

quatre éléments interviendront pour la réussite ou non de l'intervention :

1° Brièveté du cordon ; 2° Adhérences du cordon à la paroi du canal vagino-péritonéal ; 3° Présence des fibres du petit oblique ; 4° Etat rudimentaire du scrotum.

Tels sont les principaux éléments dont on doit tenir compte pour la réalisation de l'opération, chez les adultes, et ils existent assez fréquemment pour nuire au succès de l'intervention. N'employons donc le procédé opératoire que chez les enfants et acceptons de façon ferme la conclusion d'Ombrédanne :

« Tout enfant déjà propre, c'est-à-dire âgé de 18 mois au moins, n'urinant plus la nuit, ne se souillant plus d'urine pendant la journée, doit être considéré comme justiciable d'une orchidopexie unilatérale si l'un de ses testicules ne peut être facilement amené au fond du scrotum par l'action extemporanée de la main du chirurgien. »

Les considérations de résistance générale de l'organisme peuvent faire retarder sans inconvénient l'opération jusqu'à 6 ans. Il n'y a aucun avantage à attendre davantage. Le risque d'atrophie augmente à mesure que la puberté approche.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite. — Due à l'obligeance de notre maître M. le docteur Tillaye et prise dans son service de l'Asile Gatien de Clocheville, à Tours)

Robert C..., 4 ans, se présente à la consultation de l'Asile de Clocheville le 22 avril 1920. Les parents avaient remarqué l'absence de testicules dans le scrotum. Bon état général, aucune malformation congénitale autre que cette ectopie congénitale double.

Au palper, le testicule droit est perçu au-dessus de l'anneau inguinal externe ; quant au testicule gauche on ne peut le repérer, il échappe à la palpation.

Entre à l'Asile : diagnostic d'ectopie testiculaire double.

Opération. — Opéré le 29 avril 1920. Anesthésie à l'éther. L'opération ne présente aucune difficulté. On trouve le sac herniaire, on le lie et on le résèque.

L'opération continue suivant le procédé de M. le docteur Ombrédanne ; et l'on termine par la fixation du tes-

ticule droit dans la loge scrotale opposée, suivant la technique déjà décrite.

Le testicule gauche, impalpable d'ailleurs, est laissé de côté.

Les suites opératoires furent excellentes, et le malade sort le 15 mai de l'Asile avec un testicule bien en place.

OBSERVATION II

(Inédite. — Due à l'obligeance de notre maître M. le docteur Tillaye et prise dans son service à l'Asile Gatien de Clocheville, à Tours)

Ernest C..., 4 ans et demi. Venu en consultation à l'Asile le 26 avril 1920. Sa mère avait remarqué dès sa naissance l'absence de testicule à droite. Elle hésitait à montrer son enfant lorsqu'un jour, sur les conseils de sa famille, elle se décida à le faire opérer.

Au palper, on trouve le testicule situé au niveau de l'anneau inguinal externe.

L'enfant est amaigri, chétif, il a peu d'appétit et ne s'amuse guère.

Il entre à l'Asile pour ectopie testiculaire avec hernie inguinale droite.

Opération. — Le 24 mai cet enfant est opéré. Anesthésie au chloroforme. On sépare le cordon du sac herniaire qu'on lie et résèque. Le testicule est abaissé assez difficilement et fixé par le procédé d'Ombrédanne.

L'opération se termine par la fermeture du canal inguinal et les sutures cutanées (agrafes Michel).

Bonnes suites opératoires, rien à signaler. L'enfant

quitte l'Asile le 18 juin 1920, le testicule tient bien en place.

Nous avons revu cet enfant le 20 mars 1921. Le testicule est toujours bien placé, mais le scrotum présente du côté gauche une légère dépression qui semble résulter du fait d'une traction du testicule et du cordon sur la cloison des bourses. Néanmoins, cette traction nous semble fort légère; elle s'est produite il y a environ dix mois et n'a pas évolué depuis.

OBSERVATION III

(Inédite. — Due à l'obligeance de notre maître M. le docteur Tillaye et prise dans son service de l'Asile Gatiien de Clocheville, à Tours)

Marcel L..., 8 ans. Présenté à la visite de l'Asile, par la mère, pour absence totale de testicules dans le scrotum.

Le scrotum est peu développé. Au palper on sent à droite le testicule dans le canal inguinal; à gauche le testicule se trouve être au-dessous de l'anneau inguinal externe. Pas de hernie concomitante.

Entre le 15 mai 1920 pour cryptorchidie double.

Opération. — Le 1^{er} juin. Anesthésie générale mixte éther et chloroforme. On commence par le côté droit. On trouve le testicule dans le canal, on libère le cordon et on l'abaisse facilement. On le fait passer en position transscrotale suivant la technique d'Ombredanne. On protège alors la plaie au moyen de champs stériles, et dans le même temps on incise le côté gauche sans changer de place. A nouveau on libère le cordon, on abaisse le testicule et on le fait passer en position transscrotale

droite. Les deux cordons se croisent. On referme les incisions scrotales à la soie très fine. On refait les parois et on suture.

Les suites opératoires furent normales, aucune complication à signaler, et l'enfant sort le 30 juin. Les deux testicules sont restés dans les loges où on les avait mis.

Revu le 21 mars 1921 cet enfant présente un scrotum de dimension à peu près normale, aucune déformation des bourses, il semble que tout est bien resté en place depuis l'opération. Etat général meilleur, l'enfant est devenu bruyant, trop aux dires de sa mère qui le comparait jadis à une petite fille.

OBSERVATION IV

(Inédite. — Due à l'obligeance de notre maître M. le docteur Tillaye et prise dans son service de l'Asile Gatién de Clocheville, à Tours)

Pierre C., 4 ans. Vient à la consultation de l'Asile le 17 juin. Son aspect extérieur est celui d'un chétif; état général plutôt médiocre; l'enfant semble subir un arrêt de croissance, dit la mère.

Au palper, on sent aisément le testicule qui roule sous la main et que l'on situe dans le canal inguinal.

Entre le même jour pour ectopie testiculaire droite.

Opération. — Le 20 juin. Anesthésie au chloroforme. Incision de la peau, on ouvre le canal. On ne trouve pas de sac herniaire. Libération et abaissement du cordon, fixation du testicule bourse gauche.

Les suites opératoires sont bonnes et l'enfant quitte l'Asile guéri le 10 juillet. Les deux testicules sont nor-

malement en place dans le scrotum, mais on doit signaler une légère tendance du testicule droit à se placer sous le testicule gauche.

OBSERVATION V

(Inédite. — Due à l'obligeance de notre maître M. le docteur Tillaye)

X., âgé de 10 ans. Atteint d'ectopie inguinale bilatérale. Enfant peu développé. Très petit pour son âge. Scrotum tout petit, testicules au niveau de l'anneau inguinal profond et peu mobiles.

Orchidopexie bilatérale par le procédé d'Ombredanne. Opération facile et sans accident opératoire.

Dès le lendemain, œdème énorme de la verge et rétention d'urine. Application de pansements humides autour de la verge.

Cet œdème a duré une huitaine de jours. La rétention d'urine a cessé au bout de 24 heures.

Réunion des plaies par première intention. La plaie scrotale gauche a légèrement suppuré.

Revu quatre mois après l'opération. Les testicules sont parfaitement en place et plus gros qu'au jour de l'opération. Résultat excellent.

OBSERVATION VI

(Inédite. — Due à l'obligeance de notre maître M. le docteur Tillaye)

B..., âgé de 20 mois.

Pris tout à coup, en jouant, de douleurs dans la région inguinale gauche.

Vu à la consultation à l'Asile de Clocheville le 20 novembre 1919.

On sent dans la région inguinale gauche une petite tumeur de la grosseur d'une bille, immobile, des plus douloureuse à la palpation et prolongée vers le haut par un cordon douloureux.

Le scrotum gauche est vide.

On fait le diagnostic de torsion du cordon spermatique avec ectopie et on propose une intervention chirurgicale. Cette opération est refusée par les parents. Ceux-ci ne se décident que le 25 novembre. On trouve un testicule ectopié et gangrené et on ne peut faire d'autre opération qu'une castration. Cure radicale d'une hernie inguinale gauche. Rendu guéri à sa famille.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le docteur Lé Jemtel, chirurgien à Alençon. —

Parue « l'Année Médicale de Caen »)

M. R. V..., 40 ans, gendarme, n'a jamais été malade. Son père et sa mère sont vivants et bien portants; son unique sœur est morte en couches. Au moment de son service militaire, le médecin qui l'examina constata la présence d'un unique testicule dans la bourse gauche: quant au droit, on ne le sentait ni à l'orifice externe du canal inguinal, ni à l'intérieur de ce dernier, ni même à l'orifice interne; il était entièrement abdominal. Marié à 24 ans, il y a 16 ans, il a deux enfants, l'un de 3 ans, l'autre de 10 mois. Jamais il n'eut, dit-il, de crises douloureuses, parfois quelques petites coliques fugaces et de peu d'importance. Toujours le testicule fut introuvable.

Le début des accidents fut tout à fait brusque et remonte au 27 janvier. Je laisse la parole au patient : « Vers quinze heures, me dit-il, je me levai de ma chaise pour répondre à un appel téléphonique et je sentis, en toussant, une douleur très vive dans l'aine, en même temps qu'il me glissait quelque chose de 8 à 10 centimètres. Cette douleur persistant, je n'eus pas la force de continuer la conversation; je sortis du bureau en me tenant les bourses et j'allai m'allonger sur mon lit. Au toucher, je me rendis compte que j'avais une grosseur dans l'aine et je pensai qu'il s'agissait d'une hernie. La douleur augmentant de plus en plus, j'essayai de faire rentrer cette grosseur, mais il me fut impossible d'y toucher, étant donné que le simple palper me faisait souffrir davantage. J'ai ressenti du reste une sorte de gargouillement dans le ventre et je me figurai dès lors que tout était remis en place.

« Du jeudi 15 heures, 27 janvier, au samedi même heure, je continuai à souffrir, avec des nausées, mais sans vomissements. A ce moment, le Dr Bailleul, demandé par moi le matin, vint me voir, constata la présence d'une tumeur au-dessus du milieu de l'aine et me dit qu'une opération chirurgicale étant à prévoir, il fallait demander de suite le médecin militaire. Le Dr Chon, médecin-chef de la Place, vint à 18 heures, et après m'avoir examiné demanda de me voir avec vous. »

En réalité, les deux médecins demandés avaient parfaitement éliminé le diagnostic de hernie étranglée, auquel les accidents constatés pouvaient faire penser avant l'examen de la région. Cet examen montrait l'absence du testicule droit dans sa bourse et permettait de sentir dans le trajet du canal inguinal une tumeur allongée, composée de deux parties, la superficielle molle et assez sem-

blable à un sac de hernie, la profonde plus dure et très douloureuse, au niveau de l'anneau de l'orifice interne du canal.

Comme les douleurs étaient plutôt moins vives au moment de mon examen avec le docteur Chon, et qu'il était évident qu'il s'agissait d'accidents dus à l'ectopie du testicule, l'opération fut fixée au lendemain matin (il était alors 21 heures). Le lendemain, je vis à nouveau le malade transporté à l'hôpital, mais alors tous les accidents étaient disparus et les signes physiques constatés la veille n'existaient plus. Le canal inguinal était absolument vide et le doigt, enfoncé dans sa profondeur, ne sentait absolument plus rien. Cependant, pour éviter le retour d'accidents aussi douloureux, le malade réclama de lui-même l'intervention. Celle-ci eut lieu quelques jours après, sous anesthésie rachidienne. On ouvre le canal inguinal qui est vide. Tout au fond, on trouve un long méso qui est attiré dans la plaie opératoire et qui entraîne avec lui un testicule assez développé du reste, bien que moins volumineux qu'un testicule normal. Je n'insisterai, ni sur la brièveté du cordon, ni sur les brides crémastériennes. Mais le testicule se laisse libérer plus facilement que l'on n'aurait pu l'espérer. En exerçant des tractions sur le pédicule fibreux, le testicule descend suffisamment bas pour qu'il ne puisse être question de l'enlever. On arrive à fixer le cordon à la partie supérieure des bourses, suivant le procédé de Kirmisson, et on complète l'opération par la fermeture en deux plans du canal inguinal, cordon derrière.

CONCLUSIONS

L'ectopie testiculaire est une affection essentiellement congénitale, résultant d'un arrêt de migration d'un testicule, ou des deux, chez le fœtus.

L'ectopie testiculaire peut déterminer, chez tout enfant qui en est atteint, des troubles graves. Ces troubles peuvent se manifester par des symptômes généraux et des syndromes pouvant déterminer sur l'organisme physique et sur l'être moral des phénomènes morbides caractéristiques de l'état ectopique.

L'expérience physiologique animale nous a prouvé les bienfaits que l'on pouvait procurer aux animaux ectopiés opérés, dès lors nous devons faire bénéficier l'espèce humaine des résultats de ces expériences : l'ectopique sera opéré le plus rapidement possible.

Or les éléments empruntés aux malades et à l'affection, éléments pathogéniques, éléments tirés de l'âge, de l'évolution de l'affection, éléments tirés des fonctions troubles par suite d'insuffisance de sécrétion interne et se traduisant par un état général caractéristique, ont donné aux chirurgiens une indication d'agir et c'est pourquoi divers procédés ont été exposés.

Le procédé d'Ombredanne nous a paru le meilleur et le plus pratique de tous. Sa pratique opératoire est des plus simples. De plus, le pivot même d'où résulte le succès de l'intervention (la cloison des bourses) est le point d'appui le plus solide que l'on pouvait imaginer.

Aussi sommes-nous partisan d'employer ce procédé de préférence à tant d'autres, puisqu'il nous fournit les éléments les plus sûrs pour la parfaite guérison de nos malades. D'ailleurs notre « Ecole » ne nous indique-t-elle pas elle-même de donner la préférence à ce procédé, fidèle en cela à ses principes de rester sur le terrain de l'unique chirurgie pratique et dont le malade retirera le plus grand profit.

BIBLIOGRAPHIE

- ANNANANDALE. — Edinb. M. Journal, 1876.
- ARTAUD et MONOD. — Arch. gén. de méd., déc. 1887.
- ARCOLEO. — Osp. di Palermo, 1909.
- BATCHELOR. — Am. J. Surgery. New-York, 1905.
- BERGER. — Revue générale clinique, 1908.
- BEZANÇON. — Ectopie testiculaire au jeune âge et traitement (Thèse de Paris, 1892).
- BEISSNER. — Die interst. Zellen des Hodens., 1896.
- BLAKE. — Annals of Surgery. New-York, 1908.
- BRANCA. — Histologie du testicule ectopique, 1902 (Gazette des hôpitaux, p. 315).
- BROCA. — Bulletin Société Pédiatrie, mars 1889.
— Bulletin Société chirurgie, 1902.
- BRUCH (de Tunis). — Bulletin Société chirurgie, mai 1908.
- CLAUDE et GOUGEROT. — Journal phys. et pathol., 1907. — (Revue médicale, 1908).
- COLLEY. — Société chirurgie. New-York, 1908.
- COOPER (Astley). — Anatomie testicule. Paris, 1823, p. 416.
- CUNÉO-LECÈNE. — Revue chirurgie, 1907.
- DELAGENIÈRE. — Congrès français chirurgie, 1906.

- DEL BET (Paul). — Ann. mal. org. gén.-ur., 1909, p. 143.
— Journal des Praticiens, 1910, p. 468.
- DEL BET (Pierre). — Bulletin Société chirurgie, juillet 1906.
- DELORME. — Bulletin Société chirurgie, juillet 1902.
- FORGUE. — Presse médicale, 1906.
- FORGUE et RECLUS. — Traité therap. chirurg., t. II, p. 880.
- GANGITANO. — Il policlino, 1903.
- GLEY. — Physiologie (Edit. 1910, p. 714.
- KIRMISSON. — Orchidopexie dans ectopie testiculaire Société de pédiatrie, mars 1899).
— Presse médicale, n° 22, 1899.
— Congrès français chirurg., 1906.
— Journal des Praticiens, novembre 1901.
— Revue gén. chirurg. et therap. Paris, 1905.
— Précis chirurgie infantile.
- LE DENTU et DEL BET. — Traité chirurgie article de P. Sébilleau.
- LE DENTU. — Des anomalies du testicule Thèse d'agrégation. Paris, 1899).
- LEGENDRE et BROCA. — Thérapeutique infantile.
- NICOLADONI. — Langenbeck's Arch. für klin. Chir. Berlin, 1884.
- OMBRÉDANNE. — Indications et technique de l'orchidopexie trans-scrotale chez l'enfant (Presse médicale, 8 oct. 1910).
— Technique. Chirurgie infantile. Masson, 1912.
- PINARD, BRISSAUD et RECLUS. — Pratique médico-chirurgicale.
- SOULIGOUX. — Traitement ectopie testiculaire (XV^e Congrès chirurgie. Paris, 1902).
- SOULIGOUX et VILLARD. — Rapport au XIX^e Congrès de l'Association française de chirurgie (Paris, octobre 1906).
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, t. IV.
- TESTUT et JACOB. — Anatomie topographique, t. II.
- TUFFIER. — Société de chirurgie, juin 1888.
— Gazette des hôpitaux, mars 1890.

VILLEMIN. — Orchidopexie test. orthop. Société pédiatrie, février 1899).

WALTHER. — Orchidopexie (Société chirurgie, mars 1903).

— Orchidopexie (Société chirurgie, mars 1904, mai 1907).

— Un procédé d'orchidopexie (Académie de médecine, 23 janvier 1912).

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

L'ectopie testiculaire (son traitement par le procédé d'Ombredanne),

par Alfred Joulin.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 20 juillet 1921.

Le Professeur,
ESTOR.

Vu :

Montpellier, le 21 juillet 1921.

Le Doyen,
E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 21 juillet 1921.

Le Recteur,
Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



Montpellier. — *L'Abeille*, Imprimerie Coopérative ouvrière
14, avenue de Toulouse. — Téléph. 8-78.

